



**Departamento Policial de Springdale
Información Médica/Mental
Para los Primeros en responder**

Formulario de actualización anual

Use el otro lado si necesita



Nombre: _____

Nombre Preferido o Apodo: _____

Fecha de nacimiento: / / Sexo: H/M Altura:_____ Peso: _____

Marcas/Cicatrices/Tatuajes: _____

Identificaciones medicas:(pulsera, etiqueta con su nombre, rastreador): _____

Condiciones médica): _____

Medicamentos de venta con receta: _____

¿Usa medicinas se le indica? Sí No

Alergias de comida o medicina: _____

Comunicación: Verbal / No-Verbal Explica: _____

Habilidad Cognitivo: Alto Promedio Bajo

Problemas Sensoriales: Toque Ruido Otro: _____

Temores o desencadenantes que puedan alterar a el individuo: _____

Método para calmar (música, frase favorita, etc.): _____

¿Esta persona le gusta salir? Sí No

Lugares favoritas que le gust air o visitar _____

Información de la persona a cargo:

Circule una: Padre Guardian Amigo Miembro de la familia Tercer persona a cargo

Nombre: _____

Celular: _____ ¿Text? Sí No Otro telefono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Codigo: _____

Información de contacto para emergencia:

Relación con el individuo: _____

Nombre: _____

Celular: _____ ¿Text? Sí No Otro telefono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Codigo: _____

Nombre de Doctor : _____ Telefono: _____

Nombre de Doctor: _____ Telefono: _____